Sammlung
Klinischer Vorträge
begründet von
Richard von Volkmann.
Neue Folge
herausgegeben von
Ernst von Bergmann,
Wilhelm Erb und Franz Winckel.

Nr. 24.
(Vierundzwanzigstes Heft der ersten Serie.)

Zur Therapie hartnäckiger Retroflexion der Gebärmutter

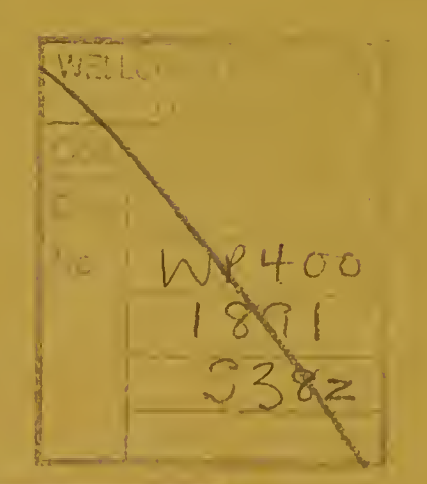
von

B. S. Schultze.

Subskriptionspreis für eine Serie von 30 Vorträgen 15 Mark.
Preis jedes einzelnen Heftes 75 Pf.

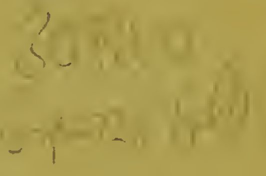
Ausgegeben Mai 1891.

Leipzig
Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel
1891.









24.

(Gynäkologie Nr. 8.)

Zur Therapie hartnäckiger Retroflexion der Gebärmutter.[1])

Von

B. S. Schultze,

Jena.

Meine Herren! Ich möchte auch denen von Ihnen, welche sich nicht mit Gynäkologie speciell beschäftigen, ganz verständlich sein. Gestatten Sie mir, dass ich zu dem Zweck eine kurze Demonstration der normalen Verhältnisse vorausschicke.

Sie sehen auf jener Wandtafel dort in fünffacher Größe dargestellt die normale Lage der Gebärmutter (der umstehende Holzschnitt Fig. 1 zeigt dieselbe in $1/_3$ der natürlichen Größe), die normale Lage bei leerer Blase und leerem Mastdarm. Die Vaginalportion steht vor dem Steißbein, der Fundus uteri hinter der Symphyse; die Gebärmutter liegt in der aufrecht stehenden Frau ungefähr horizontal mit bald mehr bald weniger starker Biegung oder Knickung über die vordere Fläche. Dass dies die normale Lage der Gebärmutter, die Lage der Gebärmutter in der gesunden Frau ist, constatiren wir mit zweifelloser Sicherheit an der in bequemer Rückenlage liegenden Frau durch gleichzeitige Betastung von zwei oder von drei Seiten her, von der Vagina oder vom Mastdarm oder von beiden aus mit den Fingern der einen, von den Bauchdecken aus mit der anderen Hand, ungefähr so wie der umstehende Holzschnitt Fig. 2 zeigt.

Bevor diese Methode der bimanuellen Betastung der Beckenorgane geübt wurde, war man ganz natürlicher Weise der Ansicht, dass der Uterus in der lebenden Frau so liege, wie er in der Leiche meist gefunden wurde, nämlich auch mit dem Fundus hinten im Becken. Es ist viel Schreiberei meinerseits und viel Meinungsaustausch erforderlich

1) Nach einem vor Ärzten in Jena gehaltenen Vortrage.

gewesen, bis die in Fig. 1 dargestellte Anteversio-flexio als die normale Gestalt und Lage des Uterus von den Fachgenossen anerkannt worden ist. Noch in den siebziger Jahren wurde dieselbe Lage des Uterus, die ich für die normale erklärt habe, von Anderen für die Ursache von Dysmenorrhoe und Sterilität gehalten und als krankhaft mechanisch behandelt.



Fig. 1. 1/3 natürlicher Größe. Normale Lage der Gebärmutter bei leerer Blase und leerem Mastdarm.

Einzelne Anatomen haben noch viel länger an der Ansicht festgehalten, dass die in der Leiche meist vorgefundene Lage des Uterus auch in der lebenden Frau die normale sei. Noch vor wenigen Jahren, 1884, hat Henke in seinem Lehrbuch der topographischen Anatomie meine wie in Fig. 2 tastenden Hände abgebildet und zwischen den Fingerspitzen derselben anstatt des Uteruskörpers die Harnblase gezeichnet und

mit theoretischen Gründen nachzuweisen versucht, dass es der Uterus schwerlich sei, was ich da taste, dass es die Harnblase wohl sein möchte, was ich für das Corpus uteri hielte.

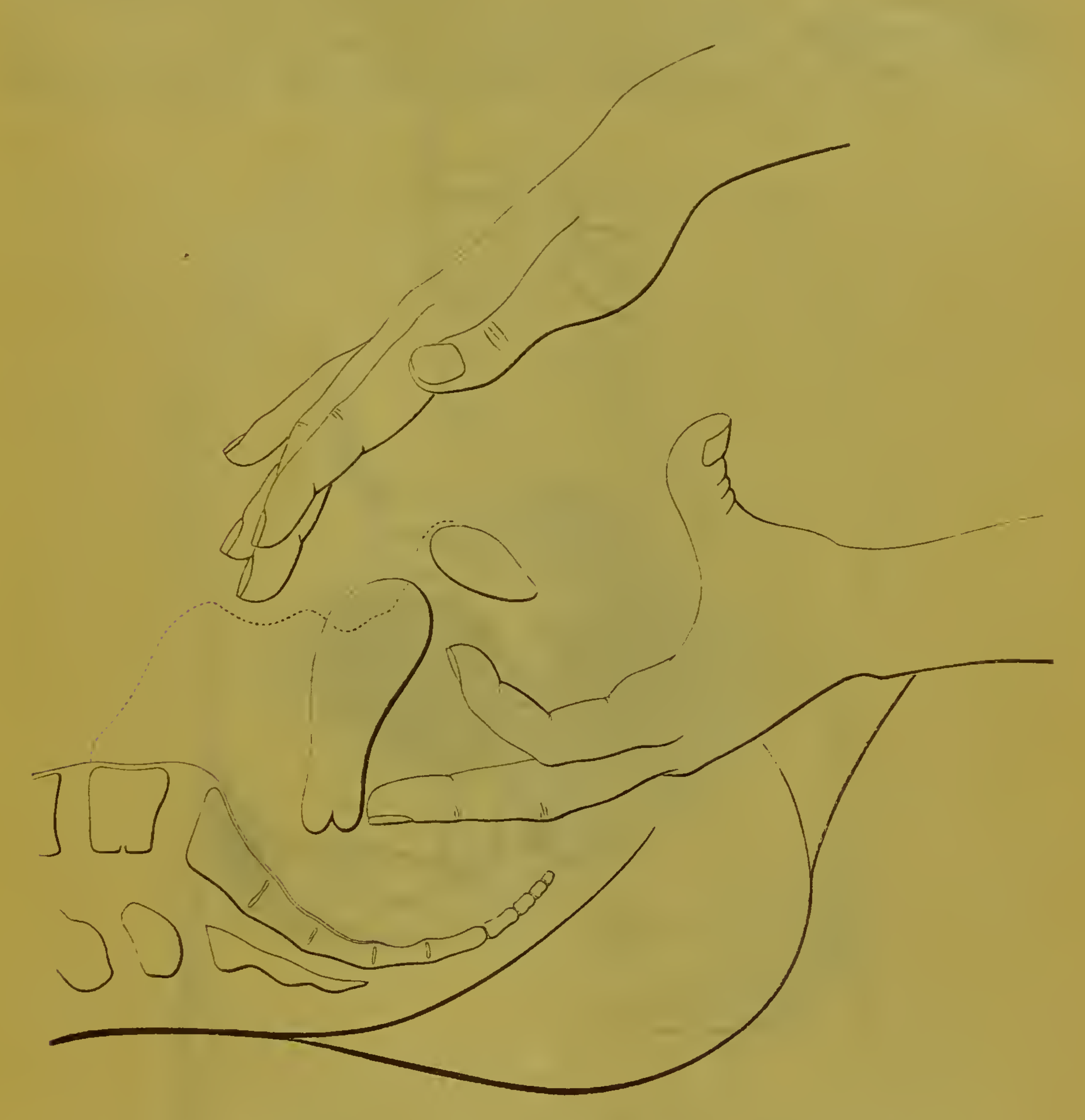


Fig. 2. 1/3 natürlicher Größe. Bimanuelle Betastung der normal liegenden Gebärmutter.

Heute weiß man allgemein, dass die dort dargestellte, die oben genannte, die normale Lage des Uterus in der lebenden Frau ist. Wir wissen auch, warum der Uterus in der Leiche diese Lage meist nicht lange beibehält, weil es nämlich wesentlich Muskelaktion ist, was in der lebenden Frau die bei leerer Blase normale Anteversio-flexio bedingt. Die Muskelaktion hört natürlich im Tode auf und in der auf dem Rücken liegenden Leiche senkt sich nach und nach der specifisch schwerere Uterus

mit Verdrängung der lufthaltigen Darmschlingen gegen die hintere Wand des Beckens[1]).

Ich sagte, bei leerer Blase und leerem Mastdarm sei jene Anteversioflexio die normale Lage des Uterus. Jede Füllung der Harnblase hebt den Uteruskörper aufwärts und drängt ihn dann rückwärts. Eine das Rektum passirende umfangreiche Kotsäule stellt den Cervix uteri nach



Fig. 3. 1/3 natürl. Größe. Lage des Uterus bei mäßig gefüllter Blase und mäßig gefülltem Mastdarm.

vorn, Anfüllung der Ampulla recti hebt ihn zugleich aufwärts. Die obenstehende Figur 3 zeigt die Lage des Uterus, während eine mäßige, etwa 25 Millim. starke Kotsäule durch das Rektum tritt bei gleichzeitig bestehender ganz mäßiger Füllung der Harnblase, etwa 250 ccm. Sehr häufig

1) Siehe die betreffenden Beobachtungen bei Hach. Über Lage und Form der Gebärmutter. Dissertation. Dorpat 1877.

weicht bei Füllung der Nachbarorgane der Uterus zugleich seitlich aus, wobei dann die mediane Dislokation so bedeutend nicht ausfällt, wie die Figur zeigt.

Figur 4 stellt den Uterus dar in der Lage, die er bei leerem Mastdarm und stark gefüllter Blase (etwa 500 ccm. Urin) einnimmt, das ist beinahe dieselbe Lage, die der Uterus in der Leiche, die lange auf dem



Fig. 4. 1/3 natürl. Größe. Lage des Uterus bei stark gefüllter Blase.

Rücken lag, auch bei leerer Blase einnimmt. Aus der auf Fig. 4 dargestellten stark rückwärts gedrängten Stellung tritt bei Entleerung der Blase in der gesunden lebenden Frau der Uterus zurück in die Stellung der Fig. 1. Auch ohne die Mitwirkung der Bauchpresse, wenn wir mit dem Katheter die Blase entleeren, tritt er zurück in jene Stellung, auch

in Rückenlage, also gegen die Wirkung seines eigenen Gewichts durch die Wirkung seiner muskulösen und elastischen Befestigungen [1]).

Wenn an der lebenden Frau diese Befestigung erschlafft und erlahmt ist, bleibt der genannte Effekt aus; der Fundus uteri bleibt hinten, der Cervix vorn stehen nach entleerter Blase und entleertem Rektum; die Bauchpresse trifft die früher vordere anstatt der früher hinteren Wand des Uterus und jede Verstärkung derselben treibt das Corpus uteri mehr oder weniger tief vor dem Kreuzbeine hinab; und da der Uterus im oberen Halstheil normaler Weise sehr flexibel ist in sagittaler Richtung und das Corpus uteri freier beweglich als der Cervix, so wird aus der Anteflexion, sobald das Corpus uteri einmal hinten steht, wenn nicht die normale Flexibilität durch Metritis verloren gegangen war, durch die Bauchpresse alsbald eine Retroflexion.

Erschlaffung der Befestigungen des Uterus ist eine der häufigsten Ursachen der Retroversio-flexio uteri. Die Mehrzahl der Retroflexionen des Uterus hat meiner Meinung nach diese Entstehungsursache.

Diese Meinung kann gerade Manchem von Ihnen, der recht viele Retroflexionen gesehen hat, auffallend erscheinen. Denn der retroflektirte Uterus zeichnet sich meist aus durch erheblich verminderte Beweglichkeit sowohl an der lebenden Frau für den Untersuchenden als auch für den an der Leiche Experimentirenden [2]). Aber bedenken Sie, dass dem Gynäkologen die meisten Retroflexionen in recht altem Zustande zur Untersuchung kommen und dass auch die bei Sektionen zur Beobachtung kommenden Retroflexionen (abgesehen selbstverständlich von den im Tode erst entstandenen) meist alt sind. Wir müssen unterscheiden zwischen den Ursachen der Entstehung und den später hinzutretenden Ursachen für das hartnäckige Fortbestehen des Leidens, für die unserem Heilversuche entgegenstehenden Hindernisse. Die peritonäalen Fixationen des Corpus uteri hat man längst dafür erkannt, dass sie erst entstehen, wenn der Uterus eine Zeit lang in Retroflexion gelegen hat; auch die parametrischen Fixationen des Cervix, speciell die den meisten derselben zu Grunde liegenden Peri- und Parametritiden, subakute und chronische, halte ich mit dem eben citirten Autor zum großen Theil für Folgezustände der Retroflexion, Folge der durch die Retroflexion bedingten Cirkulationsstörung. Denn wo wir offenbar frühe Stadien der Retroflexion zur Beobachtung bekommen, also wo eine Retroflexion entsteht, während die Kranke wegen eines anderen Leidens in unserer Beobachtung ist, oder wo die Anamnese außer Zweifel setzt, dass die Dauer des Leidens noch nicht lang sein kann, da ist Erschlaffung der Befestigungsmittel des Uterus meist die einzige Anomalie seiner Umgebungen.

1) Siehe meinen Nachweis dieser Thatsache im Centralblatt für Gynäkol. 1878, No. 11. Ebenso in Lageveränderungen der Gebärmutter. Berlin 1881, Seite 7 u. ff.

2) Robert Ziegenspeck, Habilationsschrift, München 1887. Seite 39, 51.

Nächst der Erschlaffung der normalen, besonders der hinteren Fixation des Cervix uteri ist anomal kurze, meist traumatisch narbige Fixation des Cervix seitlich und nach vorn hin wohl die häufigste Entstehungs-Ursache der Retroflexion; demnächst kindliche und senile Kürze der vorderen Wand der Vagina.

Dass Retroflexio uteri in der lebenden Frau für eine anomale Lage der Gebärmutter zu halten sei, darüber besteht wohl heute kaum irgendwo ein Zweifel. Eine andere Frage ist es immerhin, und eine sehr wichtige, ob es der Frau etwas schadet, wenn ihre Gebärmutter dauernd mit dem Fundus hinten liegt. Die Ansicht existirt in der That, dass es für die Gesundheit der Frau ziemlich gleichgültig sei, ob ihr der Gebärmuttergrund vorn oder hinten liegt. Es giebt Frauen mit Retroflexio uteri, die wenig oder gar nichts zu klagen haben; der senil zurückgebildete Uterus z. B. legt sich bei vielen Frauen in dauernde Retroversion oder Retroflexion ohne dass, wenn die Theile im Übrigen gesund sind, Beschwerden daraus entstehen. Ferner: dieselben Klagen oder doch einen großen Theil derselben, die wir von Frauen mit Retroflexio uteri hören, hören wir auch von Frauen mit normal liegendem Uterus. Endometritis, Oophoritis, cirkumskripte Beckenperitonitis machen dieselben Beschwerden wenn der Uterus normal und wenn er retroflektirt liegt, und gerade die genannten Affektionen finden sich besonders häufig vor bei denjenigen Frauen, welche mit Retroflexio uteri behaftet den Arzt konsultiren. Ferner: wenn die genannten Affektionen entsprechend behandelt werden bei retroflektirt bleibendem Uterus, werden die Frauen erleichtert, verlieren vielleicht zeitweise ihre Beschwerden ganz. Das sind schwerwiegende Gründe für die Ansicht, dass nicht, oder doch nicht in erster Linie die Retroflexion, dass dagegen wesentlich die genannten Komplikationen es waren, welche die Beschwerden dieser Frauen verursacht hatten.

Ich selbst theile diese Ansicht. Und doch ist die Ansicht derer absolut falsch, welche für die Indikationen nun weiter folgern, man solle die Retroflexion bestehen lassen und sich begnügen die genannten Komplikationen zu behandeln. Denn erstens, wenn wir den retroflektirten Uterus reponiren, schwinden eine Anzahl krankhafter Symptome oft mit einem Schlage, das sind namentlich die durch mechanische Belästigung der Nachbarorgane von Seiten des retroflektirten Uterus bedingten Symptome: und zweitens, wenn wir den Uterus dann in normaler Lage und normaler Beweglichkeit dauernd erhalten, ohne irgend welche Therapie gegen die Komplikationen einzuleiten, sehen wir die genannten Komplikationen schwinden, sehr viel schneller und sehr viel nachhaltiger schwinden, als wenn wir bei fortbestehender Retroflexion die Komplikationen behandeln: Die im Douglas'schen Raum gelegenen, geschwellten, schmerzhaften Ovarien treten, wenn sie nicht schon adhärent geworden

waren, sofort mit der Reposition des Uterus wieder an ihre normale Stelle, schwellen im Laufe weniger Tage oder Wochen ab und verlieren ihre Empfindlichkeit; der vergrößerte Uterus wird sehr bald messbar kleiner, die Erscheinungen der Endometritis werden geringer oder schwinden ganz; die profusen anteponirenden Menstruationen werden oft sogleich wieder normal; die Frauen, die bisher wiederholt abortirt hatten, tragen fortan ihre Schwangerschaften aus. Alle diese vortheilhaften Veränderungen treten so prompt ein, dass wir die Ansicht gewinnen müssen, die genannten Komplikationen seien die Folgen der Retroflexion gewesen: die Retroflexion war die fortwirkende Ursache der genannten Affektionen.

Also in der Ansicht verharrend, dass die genannten »Komplikationen« die nächste Ursache der Beschwerden der mit Retroflexio uteri behafteten Frau waren, gewinnen wir die weitere Ansicht und den für die Indikationsstellung maßgebenden Gesichtspunkt, dass es gegen diese Komplikationen keine bessere Therapie giebt, als Reposition des retroflektirten Uterus. Ich habe früher die Ansicht ausgesprochen[1]) und dieselbe bestätigt sich mir alljährlich in zahlreichen Fällen, dass wenn eine Frau all die genannten Beschwerden klagt und noch viele andere dazu, und ich finde bei der Untersuchung eine Retroflexio uteri, dass ich da die Prognose um 50 % günstiger stelle, als wenn bei gleichen Klagen der Patientin der Uterus normale Lage hat. Denn in dem ersteren Falle weiß ich, dass ich die fortwirkende Ursache all der Beschwerden höchst wahrscheinlich in Kürze beseitigen werde. Und das ist bekanntlich überall in der Medicin die erfolgreichste Therapie.

Inwiefern speciell Oophoritis und Metritis mit allen ihren Konsequenzen durch Retroflexio uteri veranlasst und unterhalten werden, wird Ihnen leicht verständlich, wenn Sie erwägen, dass die mit der Retroflexion nothwendig verbundene Verlagerung der Ovarien dieselben des bei normaler Lage ihnen zukommenden Schutzes seitens der Ala vespertilionis beraubt und sie im Douglas'schen Raum mannichfachen Insulten sowohl vom Rektum aus, wie auch von der Vagina aus preisgiebt; dass ferner die Blutcirkulation im Uterus erheblich alterirt werden muss durch die Torsion der Ligamenta lata, in welchen die Venenplexus gelegen sind, durch welche der Rückfluss des Blutes aus dem Uterus stattfindet. 90° und nicht selten mehr beträgt diese Torsion; um 90° und mehr drehen wir in einer Sitzung die Ligamenta lata zurück, wenn wir den tief retroflektirten Uterus in normale Lage legen.

Als weitere Argumente für die Nützlichkeit der Reposition und zwar möglichst frühzeitiger Reposition des retroflektirten Uterus treten hinzu erstens die Thatsache, dass eine große Zahl nervöser Beschwerden selbst

---

1) Lageveränderungen Seite 145.

bei hereditär übel belasteten Kranken oft schnell schwinden sobald der Uterus normal liegt; und zweitens die Kenntnis, dass je länger der Uterus in Retroflexion liegt, desto leichter es sich ereignen wird, dass er in der anomalen Lage adhärent wird, wonach dann die um so dringender nothwendige Reposition um so schwieriger, vielleicht nur mit eingreifender Operation ausführbar sein wird.

Wir reponiren den retroflektirten Uterus am besten bimanuell in der Weise, wie ich es gelehrt habe. Sie sehen die aufeinanderfolgenden Akte

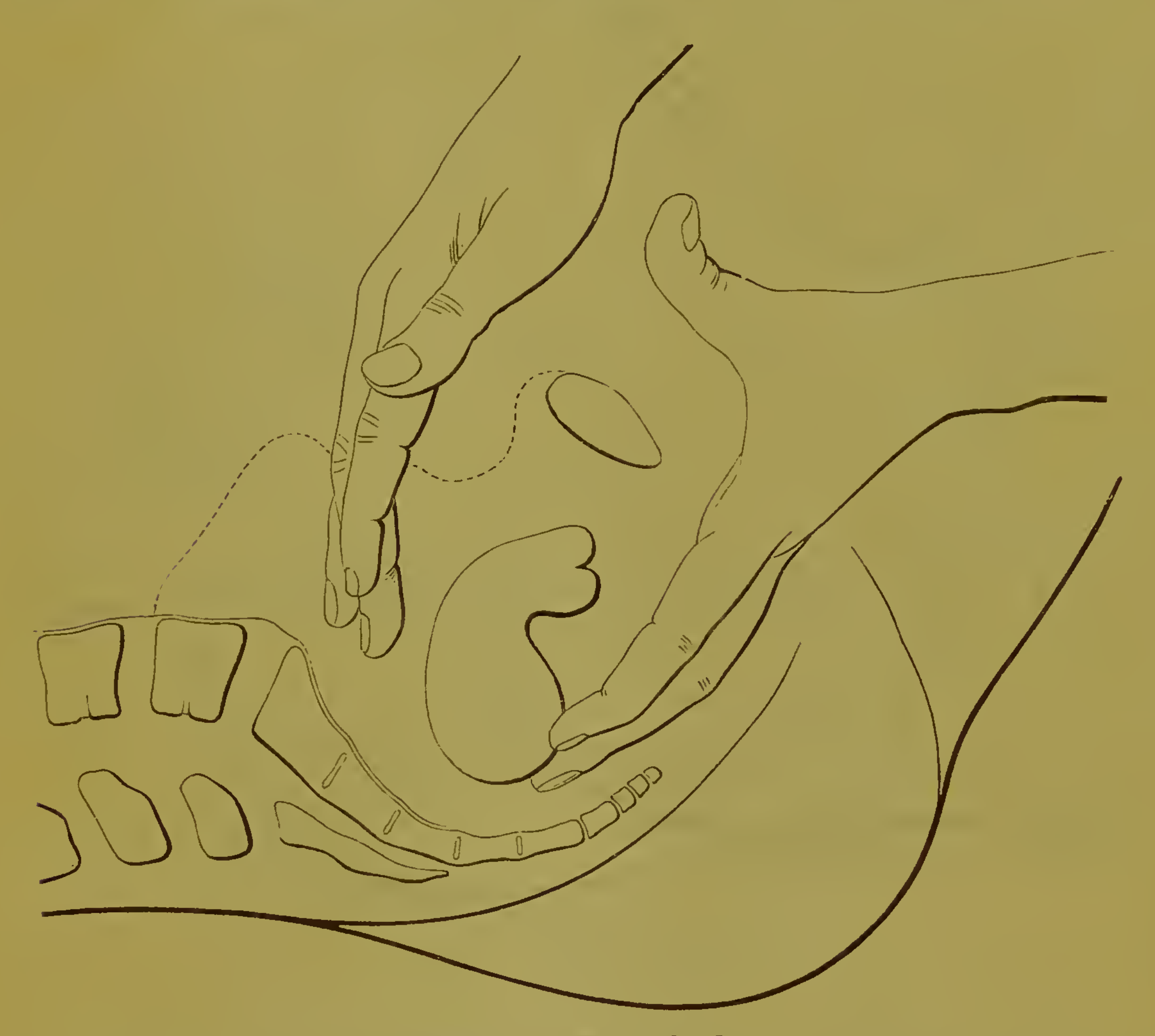


Fig. 5. $^1/_3$ natürl. Größe.

der Reposition auf den hier vorliegenden Tafeln dargestellt. Die Bilder, die ich im Holzschnitt wiedergebe, bedürfen der Erklärung durch Worte kaum. Die von der Vagina oder vom Rektum aus an den retroflektirten Uterus angelegten zwei Finger der linken Hand (Fig. 5) heben das Corpus uteri unter steter Kontrole der von außen tastenden anderen Hand. Ist das Corpus uteri bis an den Beckeneingang erhoben, was oft nicht eben leicht ist, und was durch einen gleichzeitig in der Richtung des Pfeils auf den Cervix geübten Druck (Fig. 6) wesentlich

gefördert werden kann, so nehmen die Fingerspitzen der von den Bauchdecken her tastenden andern Hand den Fundus uteri in Empfang, führen ihn sachte palpirend weiter nach vorn (Fig. 7) und legen ihn schließlich an seine normale Stelle hinter die Symphyse, während die in der Vagina tastenden 2 Finger in der auf Fig. 8 dargestellten Position sich darüber informiren, ob im oberen Cervixabschnitt die normale Flexibilität besteht.

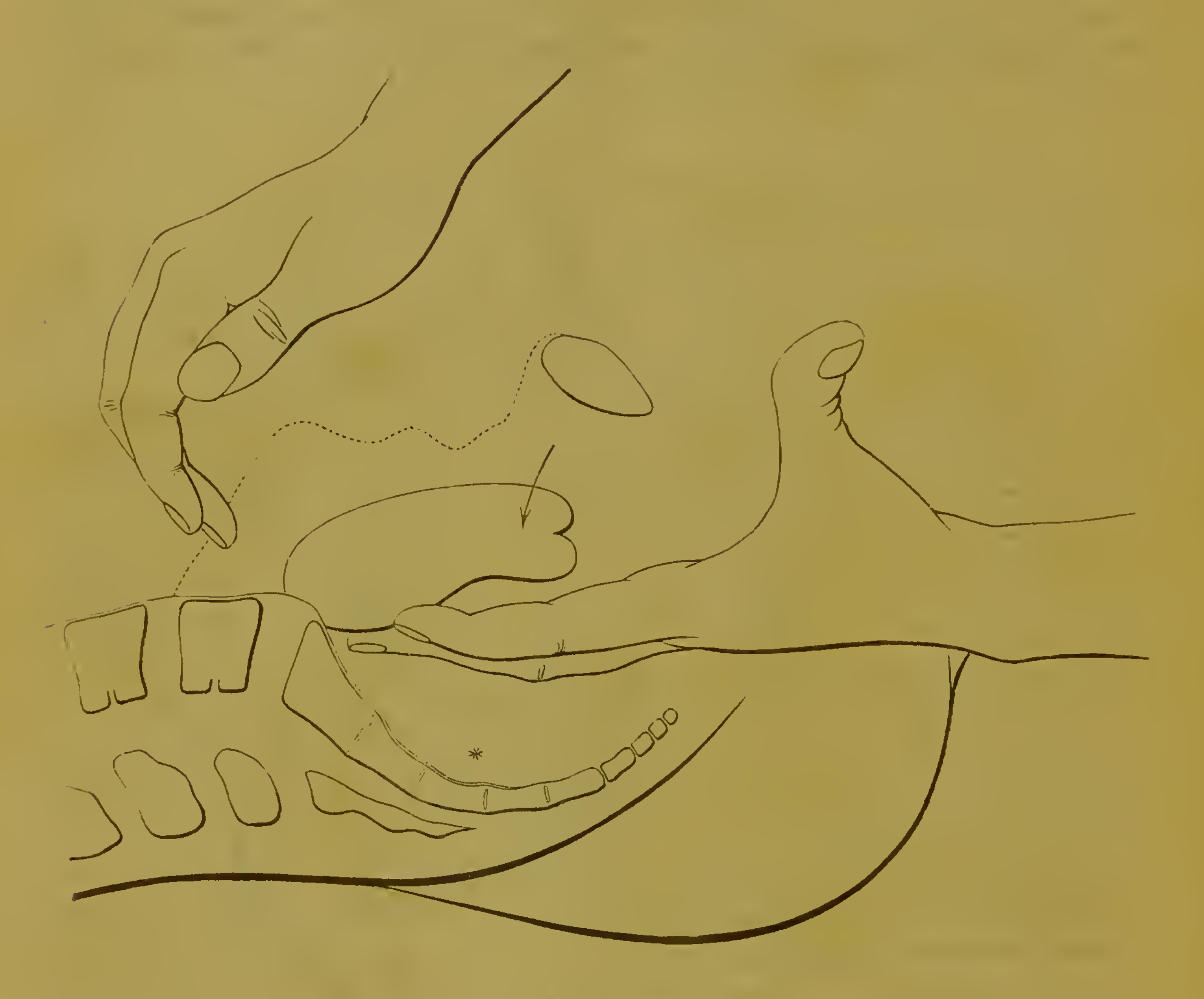


Fig. 6. 1/3 natürl. Größe.

Die erste Reposition eines Uterus soll man nie anders machen, nie anders auch nur versuchen als durch bimanuelle Palpation, schon aus dem Grunde nicht, weil man die Natur der der Reposition etwa entgegenstehenden Hindernisse nur mit dem tastenden Finger erkennen kann und weil diese Erkenntnis für die weitere Indikationsstellung unerlässlich ist.

Mit Herstellung der normalen Lage des Uterus ist die Ursache der Retroflexion, die Erschlaffung der normalen Befestigungsmittel nicht gehoben. Die nächstfolgenden Wechsel von Füllung und Entleerung des Mastdarms und der Blase lassen die Retroflexion wieder eintreten. Ich

unterlasse es, auf diejenigen Heilverfahren heute einzugehen, durch welche wir die verloren gegangene Elasticität und Kontraktilität der Adnexe des Uterus wiederherzustellen trachten. Auf einen Ersatz derselben zu denken, ist zunächst unsere Aufgabe. Wir geben diesen Ersatz, abgesehen von später zu nennenden Operationen durch Unterstützung des Cervix uteri von der Vagina aus oder durch Anspannung des hinteren Scheidengewölbes, beides in der Absicht, den Cervix zu nöthigen, an seiner normalen Stelle hinten im Becken zu verharren. Wir führen das



Fig. 7. 1/3 natürl. Größe.

aus entweder durch systematische Ausstopfung der Vagina mit Watte oder Gaze oder durch Anwendung verschiedenartig geformter Stützapparate, sogenannter Pessarien. Das Hodge- und das Thomaspessar fixiren durch Anspannung des hinteren Scheidengewölbes den Cervix hinten. Durch Unterstützung der Vaginalportion wird der Cervix hinten fixirt mittelst der von mir angegebenen S-förmigen und schlittenförmigen Pessare. Die normalen Bewegungen des Uterus von Seiten des Mastdarms und der Blase müssen dabei möglich sein. Die Rückkehr des Uterus in die bei leeren Nachbarorganen normale Anteflexion wird bewirkt vermittelst des Pessars durch die Elasticität und Kontraktilität des

Beckenbodens, auf dem das Pessar ruht. Die 8form und die Thomasform sind die am besten sich bewährenden. Die Dicke des hinteren Bügels am Thomaspessar ist überflüssig, oft dem Zweck sehr hinderlich. Ich bediene mich überhaupt nicht der fertig käuflichen Pessare; auch wo ich Thomasform anwende, forme ich das Pessar für den einzelnen Fall. Ich rathe, jedes Pessar für den einzelnen Fall zu formen, und zwar am besten aus biegsamen Ringen. Celluloid ist von den bis jetzt bekannten



Fig. 8. $^1/_3$ natürl. Größe.

Materialien das am besten geeignete. Ich ziehe dasselbe für die Dauerform des Pessars den früher von mir angegebenen Drahtgummiringen unbedingt vor, aus Gründen die ich anderwärts ausführlich dargelegt habe.

Meine Herren! Der Werth der Pessarien und der ganzen Pessar-Therapie wird sehr verschieden beurtheilt. Von den Einen wird der Werth derselben sehr überschätzt; das sind die, die am wenigsten davon verstehen und die durch unrichtige Anwendung gerade am meisten beitragen zur Diskreditirung der Pessarien. Es giebt noch Ärzte, die ohne

den Uterus zu reponiren, ohne überhaupt die Reposition zu verstehen, ein Pessar unter den retroflektirten Uterus legen. Von den Anderen wird der Werth der Pessarien unterschätzt; das sind die, welche die Zeit und die Mühe sich nicht genommen haben, den Werth ihres richtigen Gebrauches kennen zu lernen; den Missbrauch, der von Anderen mit Pessar-Behandlung getrieben wird, kann jeder Gynäkolog ohne Mühe kennen lernen.

Bei jeder Pessar-Behandlung des retroflektirt gewesenen Uterus müssen wir das oberste Ziel der Therapie, die völlige Wiederherstellung im Auge haben, wir müssen passive Spannung der erschlafften Befestigungsmittel des Uterus möglichst vermeiden. Jede erfolgreiche Pessarwirkung durch Unterstützung des Cervix ist also besser als Ausdehnung des hinteren Scheidengewölbes und der über demselben gelegenen Peritonäalfalten.

Ein dem persönlichen Fall entsprechend geformtes Pessarium hält den Uterus dauernd in normaler Lage. Und wenn nach Jahr und Tag der Versuch gemacht wird, das Pessar fortzulassen, ergiebt sich in überaus vielen Fällen, dass der Uterus auch ohne Pessar nun in normaler Lage bleibt. Wieviel daran Schuld haben mag Regeneration der früher leistungsunfähig gewesenen Muskulatur, wieviel narbige Verkürzung der früher erschlafft gewesenen bindegewebigen Befestigungsmittel, der Effekt ist annähernd der gleiche durchaus vortheilhafte, in Bezug auf das subjektive Befinden der betreffenden Frau und in Bezug auf die Funktion der erkrankt gewesenen Organe eine vollständige Restitutio ad integrum.

Nun giebt es hartnäckige Retroflexionen, welche entweder dem Repositionsversuch Widerstand leisten, oder welche, wenn die Reposition gelang, immer wiederkehren auch trotz möglichst vortheilhaft dem einzelnen Fall entsprechend geformten Vaginalpessars.

Als Ursache dieser Repositions- und Retentionshindernisse ergeben sich bei genauer Untersuchung, Digitaluntersuchung von Rektum, Vagina und Abdomen zugleich, wie sie von mir bereits im Jahr 1869 ausführlich beschrieben und dringend empfohlen wurde [1]), theils breite flächenhafte Verlöthungen, theils bandartige Stränge, welche den Uterus mit der hinteren Beckenwand oder dem Rektum, welche Tuben und Ovarien mit dem Boden des Douglas'schen Raumes, mit der hinteren Fläche der Douglas'schen Falten oder mit der seitlichen Beckenwand verbinden.

In anderen Fällen konstatirt man durch die genannte Art der Umtastung der Beckenorgane, dass die Peritonäalfläche des Uterus und seiner Adnexe überall frei von anomalen Verlöthungen ist. Der Uterus

1) Über Palpation der Beckenorgane u. s. w. Jenaische Zeitschrift für Medic. und Naturwissenschaft. Band V, Heft 1.

lässt sich auch in Anteversion oder Anteflexion stellen, aber er geht entweder unmittelbar hinter dem sich zurückziehenden Finger in die alte Stellung wieder zurück, oder die Reposition hält doch nicht lange Stand. In diesen Fällen sind die Hindernisse subperitonäal im Beckenbindegewebe oder im Bindegewebe des Peritonäums selbst gelegen, Narben von akut oder chronisch abgelaufener Peri- und Parametritis, Schwielen und Schrumpfungen, welche theils das Peritonäalblatt des Uterus selbst, theils das vom Uterus zur Beckenwand hinziehende Peritonäum betreffen, Abweichungen von der Norm, die der tastende Finger zum Theil direkt fühlt, manchmal auch nur durch die bestimmte Art und Weise, in der der Uterus jedesmal in die anomale Stellung zurück strebt, erkennen kann.

Während die erstgenannten Hindernisse den Fundus hinten fixiren, sind die zweitgenannten wesentlich dadurch hinderlich, dass sie den Cervix nach vornhin fixiren. Während die erstgenannten Hindernisse meist schon dem ersten Versuch der Reposition sich entgegenstellen (Verlöthungen mit dem Darm ausgenommen), lassen die zweitgenannten die Reposition, wenigstens die erste in Narkose oft zu, widersetzen sich aber der dauernden Sicherung der normalen Lage.

Oft bestehen die Hindernisse der einen und der anderen Kategorie gleichzeitig, so dass wenn wir peritonäale Adhäsionen gelöst, den Uterus nebst Adnexen völlig frei gemacht und reponirt haben, nun hinterher noch parametrische Narben und in der Fläche gelegene peritonäale Schwielen der dauernden Herstellung normaler Lage Hindernisse bereiten.

Die Ursachen, durch welche die normalen Befestigungsmittel des Uterus erschlaffen, wollen wir heute nicht besprechen; auch die anderen Entstehungsursachen der Retroflexion liegen heute außerhalb unserer Betrachtung. Mit Beiseitelassung der Ursachen müssen wir dann auch auf Besprechung der höchst wichtigen Prophylaxe heute verzichten. Auf die aus hartnäckiger Retroflexion aufzustellenden Indikationen werfen wir einen Überblick.

Objekte für die zu stellenden Indikationen sind:

1) die peritonäalen Verlöthungen und Stränge;

2) die in der Fläche des Peritonäum oder unter derselben im Parametrium gelegenen Schwielen und Narben;

3) die Erschlaffung und Lähmung der normalen Befestigungen des Uterus. Denn auch in denjenigen Fällen, in welchen dieselbe nicht die Entstehungsursache der Retroflexion war, ist die Leistung der betreffenden Gebilde verloren gegangen durch die Zerrung und durch die jahrelange Unmöglichkeit der Funktion. Die zu 3 aufzustellenden Indikationen finden übrigens bei 1 und 2 ihre Besprechung.

Zu 1. Gegenüber den peritonäalen Verlöthungen und Strängen habe ich ein Theerapie empfohlen, die in einer nicht kleinen Zahl der Fälle

die Hindernisse zu beseitigen vermag[1]), die Lösung der anomalen Verbindungen in tiefer Narkose mit den von Rektum, Abdomen und Vagina, unter Umständen auch vom dilatirten Cavum uteri aus, gegen einander tastenden Fingern beider Hände. Die Methode hat Anfangs viel Widerspruch gefunden. Der Hauptvorwurf, der ihr auch heute noch gemacht werden kann, ist der, dass eine besonders sorgfältige Diagnose erforderlich ist, um festzustellen, ob und wieweit der Versuch der digitalen Lösung zulässig ist, und dass es zur Ausführung derselben eines sehr feinen Tastgefühls und einer nicht gewöhnlichen Geschicklichkeit der Finger bedarf. Heute ist die Methode als anerkannt zu betrachten. Ich nenne von deutschen Gynäkologen, die sie auf Grund eigener Erfahrung rühmen, Fritsch[2]), Küstner[3]), Sänger[4]), Schauta[5]), Gottschalk[6]), Zeiss[7]), Klotz[8]), von englischen Macan[9]) und Alfred J. Smith[10]), von amerikanischen Mundé, Wells., Strong[11]), Boldt[12]). Besonders hervorheben will ich den Vortrag von Küstner und die kleine Mittheilung von Smith, weil die genannten Autoren nicht nur die Art der Lösung besonders genau beschreiben, sondern auch die diagnostischen Kautelen und die Begrenzung der Indikation treffend kennzeichnen.

Zu 1 ist ferner zu erwähnen, dass mittels Thure Brandt'scher Massage die peritonäalen Adhäsionen langsam auch gelöst werden können. Sie wissen, dass Thure Brandt im Winter 1886—87 mehrere Monate lang auf meiner Klinik von mir zuvor und nachher genau untersuchte Fälle mit seiner Massage behandelt hat[13]). Ich spreche das also aus eigener sicherer Anschauung aus. Ich habe auch kürzlich wieder, wo ich Thure Brandt in Stockholm besuchte, mich davon überzeugt, dass in einem Fall, in welchem ich zweimal in tiefer Narkose versucht hatte,

---

1) B. Schultze in Volkmann's Samml. klin. Vorträge No. 176, 1879. Centralblatt für Gynäkol. 1881. No. 3. Die Pathol. u. Therapie der Lageveränderungen 1881, S. 157. Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynäkol. Bd. XIV, Heft 1, 1887.

2) In Billroths Handb. der Frauenkrankheiten. Bd. I. 1. Aufl. S. 129, 130, 2. Aufl. S. 760—761.

3) Küstner, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1889.

4) Sänger, über Pessarien, Leipzig 1890.

5) Schauta, Prager med. Wochenschrift 1888, No. 29, 30.

6) Gottschalk, Centralblatt für Gynäkol. 1889, No. 3.

7) Zeiss, Centralblatt für Gynäkologie 1888, No. 50.

8) Klotz, Centralblatt für Gynäkologie 1891, No. 4.

9) Macan, The British Gynaecological Journal, May 1889, p. 29.

10) The Lancet. Novber 8, 1890, p. 969.

11) The Annual of the Universal Medical Sciences, vol. II fp. 5, 1890. Boston medical and surgical Journal, July 11, 1890.

12) Boldt, The Treatement of posterior Displacements of the Uterus. American Journal of Obstetrics u. s. w. Vol. XXIII, No. 6, 1890.

13) Profanter veröffentlichte die Fälle, ich schrieb die Vorrede dazu. Profanter, Die Massage in der Gynäkologie, Wien 1887.

die sehr breiten und festen Adhäsionen des retroflektirten Uterus und seiner Adnexe vom Becken zu lösen, und davon abgestanden war, auf diese Weise den Uterus frei zu machen, dass bei dieser Dame Thure Brandt, dem ich die Patientin zuschickte, den Uterus mobil gemacht hatte, so dass ich ihn leicht reponiren konnte.

Zu 1 ist drittens von hoher Bedeutung die unmittelbare Lösung und Durchtrennung der peritonäalen Verlöthungen und Stränge nach vorausgeschickter Laparotomie. Ich verweise in Betreff derselben auf die Veröffentlichungen von Olshausen, Czerny, Leopold, Klotz, Sänger, sowie auf den bereits citirten Vortrag Küstners, der in einer Reihe von Fällen, in denen der Uterus auf die von mir angegebene Art nicht frei zu machen war, vortreffliche Resultate erzielte durch Trennung der Adhäsionen mit dem Thermokauter.

Ich habe früher vorgeschlagen, anstatt mittels Laparotomie lieber vom hinteren Scheidengewölbe aus das Peritonäum zu eröffnen und nach Lösung der Adhäsionen eine Verkürzung der hinteren Fixation des Cervix uteri durch die nachfolgende Sutur anzuschließen [1]. Ich gebe Küstner Recht, dass wohl für die meisten Fälle, wo um den Uterus aus seinen Adhäsionen zu lösen, zur Eröffnung des Peritonäum geschritten werden muss, die Laparotomie den Vorzug verdient.

Ob, wenn man mittels Laparotomie den Uterus aus seinen peritonäalen Adhäsionen gelöst hat, es nun vorzuziehen sei, den Uterus an die vordere Bauchwand anzunähen, oder nach Wylie und Anderen die Ligamenta rotunda oder nach Frommel [2]) und Anderen die Douglas'schen Falten zu verkürzen, oder nach Alquié die Ligamenta rotunda vor den Leistenkanal hervorzuziehen und zu verkürzen — oder aber nach Küstner durch Vaginalpessar den Cervix hinten zu fixiren und dadurch normale Lage herzustellen, das lässt sich meines Erachtens nicht für alle Fälle gleichartig beantworten. Durch Verkürzung der Douglas'schen Falten oder durch ein Vaginalpessar dem Uterus die normale Lage zu sichern ist ohne Zweifel von vorn herein der beste Plan. Man muss aber zu dessen Gelingen die Sicherheit haben, dass nach Lösung der Peritonäaladhäsionen außer der Erschlaffung der normalen Befestigungsmittel keine andere Ursache fortbesteht, die den Uterus nöthigen könnte, auch trotz Pessar in Retroflexion zu fallen. Solche Ursachen könnten vorhanden sein in den gleich zu besprechenden im Peritonäum flach gelegenen Schwielen oder in parametrischen Narben, die den Cervix nach vorn ziehen. Vor Beginn der Operation und wieder nach erfolgter Lösung des Uterus, wird man durch genaueste Palpation von der Abwesenheit solcher Narben

---

1) Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkol. XIV. Heft 1. 1887.

2) Verhandlungen des III. Kongresses deutscher Gynäkologen. Leipz. 1890. S. 387. Centralblatt f. Gynäkol. 1890. No. 6.

sich überzeugen müssen, bevor man auf die Wirksamkeit des Vaginalpessars den Erfolg der Operation stellt. Fand man, dass der Cervix pathologische Neigung hat, nach vorn zu treten, so wird man es vorziehen müssen, um vor Wiedereintritt der Retroflexion sicher zu sein, durch eine der anderen genannten Operationen den Fundus uteri vorn zu fixiren.

Zu 2. Die peritonäalen und subperitonäalen Schwielen und die im Parametrium gelegenen Narbenstränge setzen, wie schon erwähnt, der manuellen Reposition des Uterus in normale Lage, abgesehen davon, dass die Vaginalportion etwas seitlich stehen bleibt, ein Hinderniss meist nicht entgegen, sie bereiten aber dem Fortbestand der normalen Lage, der Sicherung derselben durch ein Vaginalpessar oft erhebliche Schwierigkeit. Schon ein Narbenstrang, der von dem Cervix uteri seitlich zur Gegend der einen Spina Ischii geht, kann diese Schwierigkeit bereiten; je weiter nach vorn gegen die Beckenwand ein solcher Strang sich hinzieht, je mehr er die Vaginalportion aus der Medianebene rückt und je schiefer er den Uterus stellt, desto erheblicher ist das Hindernis[1].

Dass es manchmal gelingt, durch Resorption befördernde Kuren derartige Schwielen und Narben, wenn sie nicht allzu alt sind, zu erweichen und dehnbar zu machen und dass solche Behandlungsweise als Beihülfe zu anderen Kuren durchaus nicht zu verachten ist, will ich nur kurz erwähnen.

Auch darauf will ich heute nicht näher eingehen, dass man derartigen Hindernissen gegenüber durch unsymmetrisch, der Anomalie des einzelnen Falles entsprechend geformte Pessarien, welche extramedian die Vaginalportion hinten im Becken fixiren, den Uterus derartig in Balance stellen kann, dass die Bauchpresse dauernd die hintere Fläche des Uterus trifft und dadurch die Wiederkehr der Retroflexion schließlich verhindert wird[2]. Sehr viel Geduld ist zu solchen Kuren oft erforderlich.

Die Dehnung der in Rede stehenden Narben und Schwielen, schon früher versucht und empfohlen, hat jüngst durch die Einführung der Thure Brandt'schen Methode in die wissenschaftliche Therapie ein Feld für ausgebreitete erfolgreiche Anwendung gefunden. Ich habe dieselbe in den letzten 4 Jahren ziemlich viel geübt und habe von ihr, namentlich in Verbindung mit der Pessarbehandlung sehr schöne Resultate gesehen[3]. Ich lege für die Behandlung hartnäckiger Fälle auf diese Verbindung großen Werth. Wenn wir in einer kurzen Sitzung bimanueller Massage die der dauernden Reposition hinderliche Narbe gedehnt und den Uterus

1) Über die mechanische Motivirung dieser Thatsache vergleiche Küstner. Die Entstehungsbedingungen der Retroversio-flexio in Zeitschrift für Geburtsh. u. Gyn. XI, Seite 309.

2) Siehe Pathologie u. Therapie der Lageveränderungen, Seite 156 u. ff.

3) Siehe den Vortrag von Skutsch auf dem Gynäkologenkongress 1888. Leipzig 1888. S. 174.

reponirt haben und wir überlassen den Uterus nun sich selbst, so liegt er natürlich sehr bald wieder in Retroflexion und wenn wir am nächsten oder am zweiten Tage die Massage wieder aufnehmen, so haben wir als Ausgangspunkt für die wiederholte Massage in der ersten Zeit immer wieder ziemlich dieselbe anomale Stellung des Uterus wie das erste Mal. Wenn wir aber den durch die vorausgegangene Massage gewonnen Vortheil durch ein Vaginalpessar oder, wenn das noch nicht vertragen wird, durch einen zweckmäßig applicirten Wattetampon fixiren, so haben wir für die nächstfolgende Sitzung schon einen größeren Vortheil gewonnen. Und wenn es zunächst auch nur gelingt für einige Stunden den Erfolg der vorausgegangenen Massage festzuhalten, so ist das immerhin schon ein Gewinn; wir kommen durch die Kombination der Massage mit Pessar- oder Tamponbehandlung in kürzerer Zeit zum Ziel. Thure Brandt machte die Beobachtung[1], dass die 48stündige Pause der Massage, die der Sonntag mit sich bringt, jedesmal von dem in den 6 aufeinanderfolgenden Wochentagen gewonnenen Resultat ein wenig verloren gehen lässt, dass am Montag der Uterus wieder tiefer und fester retroflektirt liegt. Damit stimmt vollkommen die eben geäußerte Ansicht, dass es die Kur fördern muss, wenn wir zwischen den einzelnen Sitzungen den Druck und Zug, den wir durch die Massage in kurzer Sitzung üben, in mäßigem Grade fortwirken lassen, wenn wir, soweit es schon möglich ist, den Uterus hindern, zwischen den Massagesitzungen ganz in Retroflexion zu fallen. Ich habe mich gefreut, aus Prochownick's Publikation[2] zu ersehen, dass er bereits seit einer längeren Reihe von Jahren die Massage mit der Pessarbehandlung kombinirt.

Die verschiedenen bei Behandlung fixirter Retroversionen konkurrirenden Methoden: Lösung der Adhäsionen in Narkose, Massage, Pessarbehandlung, Anwendung resorptionbefördernder Mittel und die verschiedenartigen operativen Eingriffe konkurriren überhaupt nicht in der Weise mit einander, dass die Einen die Anderen ausschließen; sie unterstützen und ergänzen einander vielmehr in vortheilhaftester Weise und wenn auch in vielen Fällen die Anwendung einer der genannten Methoden das Ziel schon erreichen lässt, so dürfen wir gerade in schwierigeren Situationen von zweckmäßiger Aufeinanderfolge und Kombination der genannten Methoden die besten, das ist die schnellsten, die vollständigsten und die dauerhaftesten Erfolge erwarten.

Ich gehe auf mein Verfahren gegenüber den unter 2 genannten Narben und Schwielen, welche dauernder Reponirterhaltung des Uterus hinderlich sind, etwas näher ein.

---

1) Th. Brandt. Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten. Berlin 1891.
2) Prochownick. Massage in der Frauenheilkunde. Hamburg u. Leipzig 1890.

Ein Uterus der aus Retroflexion reponirt worden ist, der trotz zweckmäßig geformten Pessars in die alte Lage zurückkehrt oder auf das dem Fall entsprechend geformte und den Uterus gut reponirende Pessar solchen Druck übt, dass Schmerz entsteht, oder dass die Schleimhaut vor den absteigenden Schambeinästen nachtheiligen Druck erleidet, wird oft viel besser und ohne Unbequemlichkeiten in Reposition erhalten durch Ausfüllung der Vagina mit Watte. Die Watte muss, nachdem der Uterus reponirt ist, in Knieellenbogenlage der Frau derart in die Scheide ziemlich fest gestaut werden, dass der Cervix uteri nicht nach vorn treten kann, also nicht etwa in das hintere Scheidengewölbe, sondern wesentlich vor den Cervix. Ich nehme dazu entweder trockne 4 % Salicylwatte, oder ich verbinde mit der mechanischen Wirkung dem vorliegenden Fall entsprechende medikamentöse Einwirkung durch Tränkung der Watte mit Glycerin, mit Jodkalilösung oder Ichthyol; letzteres hat nebenbei den Vortheil die Epitheldecke der Vagina zu verstärken und gegen mechanische Einwirkungen dadurch weniger empfindlich zu machen. Ein solcher Tampon kann 3—4 Tage liegen. Inzwischen wird durch Palpation kontrolirt, ob er seine Schuldigkeit thut, wenn nicht, wird er schon nach 24 Stunden erneuert.

Hat man sich zuvor in Narkose von der Abwesenheit definitiver Repositionshindernisse überzeugt, eventuell solche beseitigt, hat man ein- oder mehrmals bereits bimanuell reponirt, so darf man den Uterus die folgenden Male auf die von Küstner angegebene Art oder auch intrauterin in der gleich zu beschreibenden Art reponiren.

Behufs intrauteriner Reposition ist es gut, vorher den Uterus ausgespült, wenn er eng war, zuvor dilatirt zu haben. Man überzeugte sich dabei zugleich davon, ob auch das Endometrium nicht etwa leicht verletzbar oder ungewöhnlich empfindlich ist. Eine biegsame nicht federnde Sonde oder ein schwachgekrümmter vorn schwach konisch sich verjüngender runder Metallstab von 5,6,7 Millimeter Durchmesser sind die geeigneten Instrumente. Absolute Asepsis, vollkommene Ausschließung der Möglichkeit, Scheidensekret in den Uterus zu übertragen, sind unerlässlich.

Ich fasse bei Knielage der Patientin im löffelförmigen Spekulum die Vaginalportion mit der Fletschenzange an der vorderen Lippe, ziehe die Vaginalportion etwas abwärts, führe den Conus retroflektirt in den Uterus, drehe denselben ganz langsam herum und hebe danach den Uterus aus dem Becken hervor auf derjenigen Seite, auf der es, wie die frühere bimanuelle Reposition ergab, am leichtesten geschieht. Ob links- oder rechtsherum der Uterus besser reponirt werden konnte, muss in jedem solchen Fall früher ermittelt und notirt sein.

Nach Entfernung der Instrumente lasse ich nun Rückenlage auf der Couchette einnehmen, reponire bimanuell vollständig, bis der Fundus hinter der Symphyse liegt und schließe daran sofort die 2 bis höchstens

4 Minuten dauernde Massage. Danach wird entweder das zuvor schon für die Patientin geformte und ausprobirte Vaginalpessar eingelegt oder die Patientin nimmt wieder Knielage auf dem Untersuchungstisch ein und die Vagina wird in oben beschriebener Weise mit Watte gut ausgefüllt. In Betreff der Medikamente, mit denen ich eventuell die Watte tränke, erwähne ich, dass ich das Ammonium sulfoichthyolicum 30 in 170 Glycerin, Jodkali 50 in 150 Glycerin gelöst verwende. Bei empfindlichen Kranken tritt leicht für die ersten Stunden Brennen an den äußeren Theilen ein. Ich lege dann unter die mit dem Medikament getränkte Watte einen mit reinem Glycerin getränkten Tampon und empfehle fleißiges Waschen.

Während der Regel muss das Einlegen von Tampons natürlich unterbleiben. Womöglich hält ein Celluloidpessar während dessen den Uterus in Anteversion, wo das noch nicht vertragen wird, fällt eben der Uterus zeitweise wieder in Retroflexion. Das Massiren, vorausgesetzt dass es vorher ohne jede nachtheilige Nebenwirkung war, braucht während der Regel nicht zu unterbleiben; denn jede längere Unterbrechung des Massirens, bevor ein Resultat schon erreicht war, lässt den Erfolg wieder rückgängig werden. Auch wo ich den Tampon 4 Tage liegen lasse, massire ich den Uterus über den Tampon; so straff darf derselbe die Vagina nicht füllen, dass man nicht einen Finger hinter ihm einführen könnte. Und regelmäßig massire ich über das Vaginalpessar, ohne dasselbe zu entfernen. Der Uterus verharrt besser von einer Sitzung bis zur anderen in der durch die Massage gewonnenen Lage, wenn auch während der Massage das Retentionsmittel unter dem Uterus liegt.

Wenn der Uterus, was bei alten Retroflexionen nicht selten ist, namentlich bei solchen, die aus Adhäsionen erst gelöst werden mussten, retroflektirte Gestalt immer gern wieder annimmt, auch wenn wir die Vaginalportion hinten im Becken gut fixiren konnten, so wende ich, wie ich in früheren Arbeiten schon mitgetheilt habe[1]), mit Erfolg den Intrauterinstift neben dem 8-förmigen Pessar an. Der Stift hält den Uterus gestreckt, das 8-förmige Pessar hält den Cervix hinten; Stift und Vaginalpessar haben keinen Zusammenhang mit einander, berühren sich gar nicht.

Die Anordnung von Uterinsstift und 8-förmigem Pessar erfordert in jedem einzelnen Fall besondere Sorgfalt und oft mehrmaliges Ausprobiren. Die Figuren 9 und 10 zeigen die Art, wie der im Uterus liegende Stift und das Vaginalpessar sich zu einander verhalten müssen. Bei *a* in beiden Figuren ist der Kreuzpunkt der 8. Diese Gegend des Pessars ist es, auf welcher der Uterus ruht, an welcher er das bestimmte Hinderniss finden muss, jemals anders als mit dem Pessar sich nach vorn zu bewegen.

1) Archiv f. Gyn. IV. 1872. S. 412. Lageveränderungen 1881, Seite 157.

Das gilt für das 8-Pessar auch wo kein Stift im Uterus liegt. Die kleinere Öse der 8, *a*–*b*, umgreift nun entweder die Vaginalportion, wie Fig. 9 darstellt, das ist bei straffen Vaginen das Sicherste, oder sie erstreckt sich nach dem hinteren Scheidengewölbe hin, wie Fig. 10 zeigt, was bei schlaffen Vaginen oft die einzige Art ist, den Uterus in Anteversion zu halten. Im letzteren



Fig. 9 u. 10. $1/3$ natürl. Größe. Intrauterinstift und 8-förmiges Pessar in Situ im Becken.

Fall, Fig. 10, darf die Pelotte mit ihrer hinteren Fläche den Celluloidring berühren. Der eigentliche Stift darf das wie gesagt nie. Bei schlaffer Vagina ist auch Uterinstift und Thomas-förmiges Pessar eine zulässige Kombination.

Die in Fig. 9 und 10 gezeichnete Lage des Uterus setzt leere Blase voraus. Die Vaginalportion ist möglichst weit rückwärts gestellt, das Corpus uteri in Hyperanteversion massirt.

Wo auf den Uterus dieser Zwang mittelst Intrauterinstift angewendet werden muss, ist das schmale harte Celluloidpessar im Anfang oft zu drückend für die Vaginalschleimhaut. Da ist der Uterinstift mit der Watteausstopfung der Scheide, eventuell auch mit gleichzeitiger örtlicher Anwendung von Medikamenten zu verbinden.

Der Intrauterinstift muss natürlich aseptisch sein. Ich lasse meine Uterinstifte aus e i n e m Stück Elfenbein oder Celluloid ohne alle einspringenden Ecken, in denen Sekret stagniren könnte, anfertigen. Ein dicker Stift verletzt weniger leicht die Innenfläche des Uterus als ein dünner. Dilatation, wenn der Cervikalkanal nicht an sich weit ist, ist deshalb oft zuvor nöthig. Der Stift darf nicht bis zum Fundus reichen. Da der Uterus während der in Rede stehenden Behandlung sich zu verkleinern pflegt, ist darauf besonders zu achten. Für einen 9—8 Centimeter langen Uterus genügt ein 7 Centimeter langer Stift, für 7 Ctm. langen Uterus ein 5 ½ Ctm. langer. Die ersteren lasse ich 7, die kürzeren 5 Millimeter dick anfertigen.



Fig. 11.

Umstehende und nebenstehende Abbildung zeigen in natürlicher Größe die stärksten und die schwächsten Stifte die ich verwende.



Fig. 12.

Nicht jeder Uterus verträgt einen Stift und namentlich nicht jeder ohne Vorkur. Ich prüfe stets bevor ich einen Stift lege die Empfindlichkeit des Endometrium. Dilatation und adstringirende Ausspülungen machen auch einen zuvor empfindlichen Uterus tolerant. Stifte aus Aristol und Kakaobutter, in den Uterus eingeführt, scheinen in dieser Beziehung vortheilhaft zu wirken. Meine Erfahrungen über dies Mittel sind aber erst gering.

Ich lege den Stift zunächst in den retrovertirt liegenden Uterus, um zu prüfen, wie der Fremdkörper an sich wirkt, ob er Schmerz, ob er Blutung macht und ob auf die Streckung des Uterus aus Retroflexion in Retroversion schon irgend welche Reaktion eintritt. Erst wenn sich herausgestellt hat, dass der Stift an sich den Uterus nicht beleidigt, verwende ich ihn weiter zur Korrektur der Lage des Uterus.

Ein mit starrem Stift versehener Uterus bietet viel kräftigere Handhabe für die Reposition als der ohne Stift schlaffere Uterus. Darin liegt für Korrektur der Lage des Uterus, auch wo winkelsteife Retroflexion nicht bestand, ein großer Vortheil, bei dreistem Vorgehen zugleich eine große Gefahr. Es gehört ein sehr ausgebildetes Tastgefühl dazu und erfordert dabei die ganze Aufmerksamkeit, während man den durch den Stift starren Uterus bequem handhabt, jeden kleinsten Widerstand, den man ja ohne Weiteres überwinden könnte, wahrzunehmen, auf seine Ursache zu prüfen und erst auf Grund deren Erkenntnis zu beschließen, wie man ihm begegnen soll.

In den letzten Jahren habe ich auch wiederholt den Uterus über den in ihm liegenden Elfenbeinstift massirt und zwar mit gutem Erfolg gegenüber hartnäckig zuvor immer wieder sich einstellender Retroflexion.

Wer von Ihnen, meine Herren, nach Thure Brandt den hartnäckig retroflektirten Uterus wochenlang, monatelang aus seiner immer wiederkehrenden Retroflexion täglich mit unermüdlicher Geduld in Anteflexion massirt hat, wird angenehm überrascht sein, wie bald ein solcher Uterus in annähernd korrekter Lage von einer Sitzung zur anderen verharrt, wenn er über den Elfenbeinstift massirt wurde und wenn nach der Massage mit Ichthyolglycerin getränkte Watte vor den Cervix gebaut und dann der Uterus nochmals in dies Wattepolster gleichsam hineinmassirt wurde. Es muss dazu streng darauf gehalten werden, dass am Tage alle drei Stunden der Urin entleert und dass die letzten Stunden vor Schlafengehen nichts getrunken wird.

Ich habe bis 30, bis 36 Tage hintereinander über den Stift massirt,

danach noch eine Woche lang über das bloße Vaginalpessar. Mit Vaginalpessar wurden die Kranken entlassen. Der Uterus blieb in korrekter Anteflexion. Länger als 3 Monate nach beendeter Kur erstreckt sich meine Beobachtung bis jetzt nicht, theils weil die Fälle eben nicht älter sind, theils weil die Frauen, sobald sie frei von Beschwerden sind, die weite Reise scheuen.

Die Beobachtungszeiten sind ja noch nicht lang genug, um von definitiven Heilungen durch Massage über dem Uterinstift berichten zu können, aber es ist schon von Werth, zu wissen, dass nach Entfernung des Stiftes der Uterus länger in normaler Gestalt und Lage verharrt, als früher ohne vorausgegangene Massage über den Stift, und dass — natürlich bei sorgfältigster klinischer Überwachung — die genannte Therapie ohne nachtheilige Nebenwirkung ausführbar ist. Jede Andeutung von Uterusreizung gebietet natürlich, den Stift zu entfernen, zur Zeit der herannahenden Regel ist besonders dahin geschärfte Aufmerksamkeit erforderlich. Je sorgfältiger man in genannter Richtung von Anfang an jede Reizung respektirt, desto eher gewöhnt man einen im Anfang reizbaren Uterus an den Fremdkörper. Ich habe in letzter Zeit in zwei Fällen während der Regel täglich über den Stift massirt. Die früher jahrelang bei bestehender Retroflexion profusen Menstruationen, durch welche die Kranken (jungfräuliche Individuen) schwer anämisch geworden waren, waren während der genannten Massagekur von nur normaler Stärke, kürzer dauernd als früher und freier von Schmerz und anderen früher recht schweren nervösen Symptomen.

Wenn ich im Interesse der Sache, im Interesse der kranken Frauen, mich verpflichtet hielt, die eben genannten vielversprechenden Erfolge Ihnen mitzutheilen, will ich nicht versäumen, ernste Warnung gleich hinzuzufügen vor leichtfertiger Anwendung der Methode. Schon mit unkundiger Anwendung der bloß manualen gynäkologischen Massage wird sehr viel Schaden angerichtet, viel größer sind die Gefahren des heute Ihnen mitgetheilten Verfahrens, wenn es an der dazu erforderlichen Kenntniss oder Geschicklichkeit oder Sorgfalt und Geduld fehlt, oder wenn die Kur unternommen wird unter Verhältnissen, welche nicht gestatten, die unerlässlichen Kautelen genau durchzuführen.

Operativer Behandlung sind die ad 2 besprochenen parametrischen Schwielen und Narben ad hoc, ich meine um der Retroflexion willen, meines Wissens nicht unterworfen worden. Nebenbei sind durch operative Behandlung sehr gute Erfolge für die Retroflexion gewonnen worden. Viele der Narben, welche den Cervix uteri weiter vorn im Becken als er normal steht, seitlich fixiren, sind veranlasst durch Cervixrisse, die bei einer Geburt stattfanden. Die einen Risse erstreckten sich bis ins Scheidengewölbe und durch dasselbe bis ins Parametrium, und

soweit reicht dann auch später die Narbe, die anderen gingen nicht so weit, aber die im Puerperium sich anschließende Parametritis hinterließ die den Uterus fixirende Narbe. Um den Cervixriss, namentlich um das durch ihn veranlasste Lacerationsektropium zu heilen wird die von Emmet angegebene Trachelorrhaphie ausgeführt und mehrere Autoren führen an, dass gleichzeitig bestehende Retroflexion dadurch beseitigt oder doch ihre Behandlung wesentlich dadurch gefördert worden sei. Van de Warker[1]) sagt, dass von 31 Fällen, in denen er die Emmet'sche Operation machte, in 27 Retroflexio uteri bestand und dass diese 11 mal durch die Operation gebessert wurde. Vuillet[2]) berichtet, dass in drei von den 12 Fällen, die er nach Emmet operirte, gleichzeitig bestehende Retroflexion gebessert worden sei und dass in anderen von den 12 Fällen das Hodgepessar nach der Operation gut vertragen worden sei, was vorher nicht der Fall war. Dudley[3]), Sinclair, Sänger[4]), Martin berichten über vortheilhafte Wirkung der Emmet-Operation auf bestehende Retroflexion.

Dieser Nebeneffekt der Emmet-Operation kann nur dadurch zu Stande gekommen sein, dass durch das Fortschneiden der von dem Cervix ausgehenden Narbe der Uterus frei wird, der Cervix wieder die Möglichkeit erlangt, die weiter hinten im Becken gelegene und mehr mediane, die normal ihm zukommende Stellung einzunehmen.

Man wird diesen wichtigen Nebenerfolg der Emmet-Operation sicherer und häufiger erlangen, wenn man ihn als gleichberechtigtes Ziel der Operation in den Plan derselben von vorn herein aufnimmt. Erstreckt die Narbe sich nicht weit über die Ränder des Risses hinaus und nicht besonders hoch in das Parametrium, so fällt sie mit der hinreichend ausgiebigen Anfrischung nothwendig fort und es wird dann zur sicheren Korrektur der Lage wahrscheinlich genügen, während der Heilung der Wunde und bis zu der Zeit, wo ein gutes 8-förmiges Pessar vertragen wird, durch feste Tamponirung der Vagina den Cervix hinten ins Becken zu stellen.

Wenn aber die Narbe weit über die Laceration hinaus und hoch ins Parametrium sich erstreckt, ist entschieden zu rathen, die von August Martin[5]) angegebene Operation auszuführen. Er löst die Narbe von

1) American Journal of Obstetrics, July 1883.
2) Archives de tocologie, Spt. 1884.
3) American Journal of Obstetrics, July 1886.
4) Sänger, Schmidt's Jahrbücher CCXV. Seite 210.
5) August Martin, Frauenkrankheiten, II. Aufl. Wien u. Leipzig 1887 Seite 357.

der Außenfläche des Collum uteri durch einen Schnitt ab, welcher das Collum halbmondförmig an der Seite umgreift, und nimmt dann die ganze Narbe aus dem Scheidengewölbe heraus. Die Ränder des annähernd sagittal neben dem Collum geführten Schnittes legen sich bei starkem Abziehen des Uterus nach der entgegengesetzten Beckenwand hin leicht in frontaler Richtung an einander und werden in dieser Richtung zu einer quer verlaufenden Narbe durch Suturen vereinigt. Martin legt gerade darauf Werth, dass durch seine Operation der Uterus seine volle Beweglichkeit wiedererlangt. Ich empfehle die Martin'sche Operation für Fälle hartnäckiger Narbenfixation des Cervix auch wo die Indikation für Emmet-Operation nicht vorliegt, nur um den retroflektirten Uterus frei zu machen. Die soeben genannte Nachbehandlung würde die Korrektur der Lage vollenden.

Ich habe im Eingang kurz einer Ursache hartnäckiger Retroversion und Retroflexion Erwähnung gethan, der kindlichen Kürze der vorderen Wand der Vagina. Die Wirkungsweise, wie dadurch hartnäckige Rückwärtslagerung des Fundus uteri zu Stande kommt, ist ganz ähnlich der, die von den parametrischen Narben geübt wird. Auf gleichem Princip begründet wie die A. Martin'sche Operation der parametrischen Narben ist die Operation, welche Skutsch zur Beseitigung der kindlichen Kürze der Vagina vorgeschlagen[1]) und mit Erfolg ausgeübt hat. Er incidirt quer die vordere Wand der Vagina, zieht die Wundränder weit auseinander, so weit, dass die quer angelegte Wunde durch quer gelegte Nähte zu einer längsverlaufenden Narbe vereinigt wird. Die so verlängerte vordere Wand der Vagina lässt ausreichende Rückwärtsstellung des Cervix uteri zu, so dass der Uterus mittelst S-förmigen Vaginalpessars dauernd in normale Anteflexion gestellt werden kann.

Ist es nicht gelungen, durch methodische Dehnung und Massage oder durch operative Ablösung den Cervix uteri frei zu machen, oder fehlt es an der zu derartigen Kuren erforderlichen Zeit und Geduld, oder ist die nach solchen Verfahren ja nachher noch erforderliche Behandlung mit Pessarien etwa von vorn herein ausgeschlossen, so ist ein anderer Weg, die Retroflexion zu heben der, dass man auch den Fundus uteri vorn

1) Skutsch, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie II, 1888. Seite 184.

fixirt. Die älteste zu diesem Zwecke erdachte Operation ist die von Alquié angegebene, von Alexander und Adams wieder eingeführte, welche darin besteht, dass die Ausläufer der Ligamenta rotunda an der vorderen Öffnung des Leistenkanals aufgesucht, die Ligamente hervorgezogen und verkürzt und die Stümpfe derselben vor der Bauchwand befestigt werden. Während man bei uns von der Operation wieder ziemlich allgemein zurückgekommen ist, rühmt man in Amerika fortdauernd ihre Erfolge [1]). Ich kenne einige Fälle, in welchen der peritonäal hinten im Becken fest adhärente Fundus uteri, in Narkose von mir nicht gelöst werden konnte, Fälle in denen wie mir später bekannt wurde, die Alquié'sche Operation ausgeführt worden ist — natürlich ohne Erfolg. Derartige Fälle konnten wohl dazu beitragen, das Vertrauen in die Operation zu schädigen. Unter der wie oben von mir definirten Indikation, ich meine wo ausschließlich vordere Fixation des Cervix der dauernden Herstellung normaler Lage hinderlich war, kann ich mir Erfolg von der Alquié'schen Operation versprechen, vorausgesetzt dass die Ligamenta rotunda vorn aufzufinden und kräftig entwickelt sind.

Eine andere Operation, um den Fundus uteri vorn zu fixiren, ist die Schücking'sche Operation: Durchziehen eines Fadens vom Muttermund aus durch das Cavum cervicis und uteri, Durchstechung des Corpus uteri und des Scheidengewölbes »neben« der Harnblase, Knüpfung des aus dem Muttermund ragenden mit dem durch die vordere Wand der Scheide gestochenen Fadenende; der Uterus wird dadurch in Anteflexion fixirt. Die Operation hat nicht viel Beifall gefunden, auch meinen nicht. Auch mit der Modifikation, welche durch vorausgeschicktes Lospräpariren der Harnblase die Verletzung derselben ausschließt, behält die Operation so viele Bedenken, dass sie schwerlich sich einbürgern wird.

Das am meisten in neuerer Zeit geübte Verfahren, den Fundus uteri vorn zu fixiren ist die Annähung des Fundus oder der Tubenecken des Uterus an die vordere Bauchwand nach ausgeführter Laparotomie.

So lange wir nach der Ovariotomie den Stumpf glaubten extraperitonäal behandeln zu müssen, haben wir immer den Uterus an der vorderen Bauchwand fixirt und dadurch manchen Prolaps und manche Retroflexion des Uterus nebenbei geheilt. Speciell zu dem Zweck machte zuerst Koeberlé diese Operation, später Hennig, und zwar mit vier Jahre später konstatirtem bleibenden Erfolg [2]). Olshausen, Czerny,

---

1) H. Byford, T. Johnson Alloway, Montreal medical Journal, April 1890. Ferner Kellogg u. A.

2) Hennig. Centralblatt f. Gyn. 1885. S. 667.

Leopold, Sänger haben die Methode der Fixation des Corpus uteri an der vorderen Bauchwand, auch ohne die Ovarien zu entfernen, ausgebildet. Ohne Eröffnung des Peritonäum führten Kaltenbach und Kelly die ventrale Fixation des Uterus aus. Manche Bedenken, die gegen die ventrale Fixation des Uterus erhoben worden sind, so z. B. dass ein Austragen nachher eintretender Schwangerschaft nicht möglich sei, sind durch neuere Erfahrungen beseitigt. Leopold und Klotz[1]) berichteten kürzlich über normal ausgetragene Schwangerschaften nach der ventralen Fixation.

Die Laparotomie bleibt immerhin ein erheblicher Eingriff, wie namentlich der Befund bei zweiter Laparotomie an derselben Frau erkennen lässt auch in den Fällen, in denen nach der ersten Laparotomie durchaus normaler Verlauf der Heilung stattgefunden hatte. Als ultima ratio werden wir also nach den bisher vorliegenden Erfahrungen die ventrale Fixation immerhin noch betrachten müssen.

Zweierlei Indikation zur Laparotomie kann von hartnäckiger Retroflexio uteri ausgehen und es ist von Bedeutung die zwei Indikationen auseinanderzuhalten; dieselben entsprechen den 2 großen Gruppen von Repositions- und Retentionshindernissen, die ich aufstellte: Hintere Fixation des Fundus, vordere Fixation des Cervix ist der Hauptcharakter der beiden Anomalien.

In den meisten Fällen von Laparotomie wegen Retroflexion handelte es sich zunächst um Befreiung des Corpus uteri aus hinterer Fixation. Der Körper des Uterus wurde aus seiner Adhäsion gelöst und die ventrale Fixation angeschlossen. Der einzige mir bekannte Fall, in dem nach Lösung des Corpus uteri aus Adhäsionen die ventrale Fixation nicht gemacht, sondern dem Uterus mittels Pessar die normale Lage gegeben wurde, ist der oben citirte von Küstner. Ich bin der Meinung, dass in vielen Fällen nur die eine Indikation zur Laparotomie, nämlich die, das Corpus uteri frei zu machen, vorgelegen hat.

Ebenso liegt in anderen Fällen nur die zweite Indikation vor, die Indikation zur vorderen Fixation des Fundus uteri. Diese Indikation geben meines Erachtens wesentlich diejenigen Fälle, in denen es nicht gelang, den Cervix uteri so frei zu machen, dass ihm seine normale Stellung hinten im Becken gesichert werden kann, sei es dass der Fundus aus Adhäsionen gelöst werden musste (mit oder ohne Laparo-

1) Centralblatt für Gynäkologie 1891, No. 5.

tomie), sei es, dass die vordere Cervixfixation alleinige Ursache der Retroflexion war. Dass dieser Indikation unter oben genau bezeichneten Umständen die Martin'sche oder die Skutsch'sche oder die Alquié'-sche Operation besser entspricht als die ventrale Fixation, sei an dieser Stelle noch einmal erwähnt.

Meine Herren, wenn es in der kurz gemessenen Zeit mir gelungen ist, denjenigen von Ihnen, denen der Gegenstand bisher ferner lag, einen Einblick zu verschaffen in die Mannichfaltigkeit der bei Retroflexio uteri in Betracht kommenden pathologischen Bedingungen, in die Mannichkeit der aus denselben abzuleitenden Indikationen, wenn ich Ihnen klar machen konnte, wie gerade aus der genauen Ermittelung der speciellen Umstände allein die zutreffende Indikation abzuleiten und somit ein Heilerfolg mit einiger Sicherheit zu erwarten ist, so ist der Zweck meines Vortrages nach dieser Seite erreicht.

Und wenn diejenigen von Ihnen, die mit Gynäkologie sich näher beschäftigen, bestimmter formulirte Indikationsstellung in Betreff der operativen Behandlung der Retroflexion von mir erwartet haben, so bitte ich Sie, zu erwägen, dass wie seit Jahren, so auch heute, mein Hauptbestreben dahin gerichtet ist, denjenigen Heilapparat zu vervollkommnen, der ohne Laparotomie hartnäckiger Retroflexion gegenüber zur Heilung führt. Dass derselbe einer erheblichen Vervollkommnung fähig war und ist, glaube ich Ihnen dargelegt zu haben. Aber auch abgesehen davon, dass es mein Bestreben ist, wo irgend möglich bei geschlossenem Bauch die Lage des Uterus zu korrigiren, ist Vorsicht geboten in Bezug auf allzuscharfe Stellung einer so ganz in der Entwicklung begriffenen Indikation. Denn erstens ist die Mannichfaltigkeit der pathologischen Kombinationen so groß, dass uns morgen ein Fall begegnen kann, der uns nöthigt, die heute allzuscharf gezogene Grenze der Indikation zu erweitern. Man sollte z. B. von vorn herein meinen, und es ist auch, wenn ich nicht irre, gesagt worden, ein völlig frei beweglicher retroflektirter Uterus, könne die Indikation zur Laparotomie und ventralen Fixation nicht geben. Und doch war in dem einen von Küstner operirten Fall[1]) und in dem einen Fall von Sänger[2]) diese Indikation vollkommen motivirt.

1) Die Behandlung komplicirter Retroflexionen und Prolapse. Klin. Vortr. N. F. No. 9. Spt. 1890. Der zweite Fall, Frau K. O.

2) Über operative Behandlung der Retroversio-flexio uteri. Centralbl. f. Gyn. 1888. Seite 34. Fall 6.

Wir dürfen ferner desshalb die Grenzen für die Indikationen nicht allzuschroff hinstellen, weil dieselben naturgemäß der Verschiebung unterworfen sind. Auf der einen Seite die Beschwerden und die Gefahren des Leidens, auf der anderen Seite die Erfolge und die Gefahren des Heilverfahrens sind gegeneinander abzuwägen um die Grenzen der betreffenden Indikation zu finden. Wie es im Lauf der Entwickelung der Heilkunst uns gelingt, die Erfolge eines bestimmten Heilverfahrens zu erhöhen und die Gefahren desselben zu vermindern, verschiebt sich nothwendig jenes Verhältniss und damit die Grenze der Indikation. So sagte ich zum Beispiel im Jahre 1881 in meinen Lageveränderungen[1]: »Der Gedanke, um der Retroflexion willen die Laparotomie zu machen, könnte meines Erachtens nur für jene Fälle fester Verlöthung des Uterus am Mastdarm oder an der hinteren Beckenwand in Betracht kommen, in welchen die Trennung der Adhäsion bei geschlossener Bauchwand in tiefer Narkose nicht gelingt, besser gesagt, die Anwendung der zur Trennung erforderlichen Gewalt von Rektum und Bauchdecken aus nicht zulässig erscheint. Für diese Fälle scheint mir bis jetzt noch die Gefahr der Operation zu den in Aussicht stehenden Erfolgen nicht im Verhältniss zu stehen.« Da hat sich in dem einen Decennium die Basis für die Indikationsstellung in der oben bezeichneten Weise derart vortheilhaft verschoben, dass die Gefahren der Laparotomie heute gering erscheinen gegenüber den Beschwerden und Gefahren mancher unwandelbar fixirten Retroflexion.

Endlich drittens dürfen wir nicht außer Betracht lassen, dass jede Indikationsstellung sehr viel Subjektives nothwendig an sich hat, Subjektives von der Patientin und vom Arzt; von der Patientin nicht bloß durch den persönlichen pathologischen Befund und die sonstigen körperlichen Bedingungen, sondern auch bedingt in völlig motivirter Weise durch die von Seiten der Patientin vorliegenden moralischen und socialen Umstände. Die eine Patientin hat unüberwindlichen Horror vor einem Pessarium, die andere vor dem Messer; die Eine will frei von Schmerzen sein bei behaglichem müßigem Leben, die Andere will vor allen Dingen schwer arbeiten können. Und der Arzt — so sehr er objektiv zu urtheilen sich bestrebt — ist doch im Kreise der aus eigener Erfahrung gewonnenen Anschauungen, im Kreise der überkommenen Lehren und

---

1) Die Pathologie und Therapie der Lageveränderungen. Berlin 1881. S. 176.

auch im Kreise des eigenen Könnens bei Stellung der Indikation mehr oder minder eng befangen.

Wir wollen übrigens nicht verkennen, dass in der Verschiedenartigkeit der persönlichen Auffassung der Indikationen und in dem Meinungsaustausch darüber auch ein Motiv zur Fortentwickelung derselben gelegen ist.



